



---

Cour III  
C-2828/2007  
{T 0/2}

## **Arrêt du 6 mars 2009**

---

Composition

Vito Valenti (président du collège), Franziska Schneider,  
Johannes Frölicher, juges,  
Yannick Antoniazza-Hafner, greffier.

---

Parties

**A.** \_\_\_\_\_,  
recourant,

contre

**Office de l'assurance-invalidité pour les assurés  
résidant à l'étranger OAIE,**  
avenue Edmond-Vaucher 18, case postale 3100,  
1211 Genève 2,  
autorité inférieure.

---

Objet

Assurance-invalidité (décision du 28 mars 2007).

**Faits :****A.**

Le ressortissant français A.\_\_\_\_\_ a travaillé pendant plusieurs périodes en Suisse comme frontalier entre les années 1980 et 1983, 1989 et 1996 et en 1999 en qualité de garçon de buffet, d'ouvrier dans une entreprise de traitement de papier et finalement de magasinier dans une société de vente d'articles ménagers en gros (pces 6 p. 3; 5; 39; pce TAF 1 p. 12-15). Par la suite, il s'est retrouvé principalement au chômage (pces 1 p. 2; 14-16; 39). En date du 27 juillet 2005, il a présenté une demande de prestation de l'assurance-invalidité auprès de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie de Mulhouse (pce 2 p. 6), laquelle a transmis la requête à l'Office de l'assurance-invalidité pour les personnes résidant à l'étranger (OAIE).

**B.**

Lors de la procédure d'examen de la demande, l'OAIE verse notamment les pièces suivantes au dossier:

- le questionnaire à l'employeur non rempli, sur lequel l'assuré indique qu'il ne travaille plus du tout (pce 9),
- un rapport médical du 20 octobre 2004 établi au Centre Hospitalier B.\_\_\_\_\_ faisant part de lésions tritronculaires, de sténose significative de la première diagonale, de sténose significative de l'artère circonflexe moyenne, de sténose significative de l'artère bissectrice, de lésion non significative de l'artère coronaire droite moyenne, de lésion intermédiaire de l'artère rétroventriculaire postérieure, de succès primaire d'angioplastie de la première diagonale, de la circonflexe moyenne et de l'artère bissectrice avec implantation d'un stent DRIVER sur chaque site (pce 19),
- un rapport médical du 23 novembre 2004 signé par le Dr C.\_\_\_\_\_ indiquant que l'assuré a été hospitalisé du 20 au 23 octobre 2004 pour un angor instable à troponine I positive (pce 21),
- un rapport du 10 février 2005 établi au Centre Hospitalier B.\_\_\_\_\_ portant sur l'hospitalisation de l'assuré du 20 au 23 octobre 2004 (pce 24),

- un rapport échographique du 20 avril 2005 établi au Centre Hospitalier B. \_\_\_\_\_ (pce 31),
- un rapport médical du 28 juin 2005 signé par le Dr C. \_\_\_\_\_ recommandant la réalisation d'une scintigraphie myocardique démaquillée et d'un contrôle coronarographique (pce 33),
- un rapport médical du 11 août 2005 effectué au Centre Hospitalier B. \_\_\_\_\_ suite à une tomoscintigraphie myocardique à l'effort au thallium 2001 relevant entre autres des aspects d'anomalie de genre ischémique (pce 34),
- un rapport médical du 11 août 2005 effectué au Centre Hospitalier B. \_\_\_\_\_ suite à une épreuve d'effort pour tomoscintigraphie myocardique faisant part d'une épreuve d'effort supra-maximale (103 % FMT), de bon niveau, négative cliniquement, positive électriquement avec toutefois présence d'arguments en faveur d'une possible fausse positivité (pce 35),
- une coronarographie du 30 septembre 2005 signée par le Dr C. \_\_\_\_\_ faisant part de l'absence de lésion coronaire significative et de l'absence de resténose intrastent de la première diagonale, de la circonflexe moyenne et de l'artère bissectrice (pce 36),
- un rapport d'hospitalisation du 11 octobre 2005 indiquant que l'assuré a été hospitalisé du 29 septembre au 1<sup>er</sup> octobre 2005 au Centre Hospitalier B. \_\_\_\_\_; selon ce rapport l'intéressé aurait ressenti des douleurs thoraciques le 25 août 2005 ainsi que quelques jours plus tard (pce 37),
- un rapport médical E 213 du 11 janvier 2006 effectué par la Dresse D. \_\_\_\_\_ faisant notamment part d'une cardiopathie ischémique chronique de l'assuré, d'une manoeuvre de Lasègue négative, d'un indice de Schober 10/14 cm pour une distance doigts-sol à 10 cm et, au niveau neurologique, de mouvements normaux, ainsi que d'une marche normale; selon ce rapport l'intéressé ne peut plus accomplir la profession exercée jusqu'alors; par contre une activité adaptée consistant en un travail sédentaire léger peut être exigée de lui à temps partiel; la Dresse D. \_\_\_\_\_ précise toutefois que ce travail n'est notamment possible qu'à l'intérieur, en excluant les

contraintes de temps et moyennant des pauses supplémentaires (pce 38),

- le questionnaire à l'assuré daté du 15 juin 2006, dans lequel ce dernier indique qu'il a subi un infarctus grave en 2004 et deux autres infarctus en 2005 (pce 10 p. 4),
- des résultats d'examens héмато-chimiques du 24 novembre 2004 (pce 23), du 28 février 2005 (pces 25-30), du 26 avril 2005 (pce 32 p. 6), du 29 mai 2006 (pce 32 p. 1-5).

### **C.**

L'OAIE soumet le dossier au Dr E. \_\_\_\_\_ de son service médical qui retient dans son rapport daté du 3 janvier 2007 le diagnostic principal de maladie de trois artères coronaires avec status suite à une angioplastie coronaire transluminale percutanée. Il relève que, une année après l'hospitalisation d'octobre 2004, le teste d'effort ainsi que la coronarographie effectués sur l'intéressé ont donné de bons résultats. Soulignant que la fraction d'éjection de l'assuré est tout à fait normale, il conclut que, dès le 20 octobre 2004, l'intéressé présente une incapacité de 70% dans sa dernière activité exercée et que par contre un travail de substitution incluant des activités mi-lourdes est exigible de l'assuré à plein temps. Le médecin de l'Office cite à titre d'exemple les professions suivantes: ouvrier non qualifié dans une usine, fabrique ou dans la production en général, concierge, gardien d'immeuble ou de chantier, surveillant de parking ou de musée, magasinier, responsable de la gestion de stocks (pce 40).

### **D.**

Sur ces bases, l'OAIE effectue par acte du 8 février 2007 (pce 45) une évaluation de l'invalidité de l'intéressé en s'appuyant sur l'enquête de l'Office fédéral de la statistique portant sur la structure des salaires suisses en 2004 (cf. <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/03/04.html>; ATF 129 V 472 consid. 4.2.1). Il prend comme référence sans invalidité le salaire mensuel moyen d'un salarié actif dans le commerce de gros, intermédiaire du commerce (niveau de qualification 4) soit Fr. 4'672.- pour 40 h./sem. et Fr. 4'893.92 pour 41.9 h./sem. (temps de travail selon l'Office fédéral de la statistique).

S'agissant du salaire de comparaison avec invalidité, l'OAIE remarque que les activités de substitution proposées par le Dr. E. \_\_\_\_\_ dans sa prise de position du 3 janvier 2007 sont comparables à des activités

simples et répétitives dans le secteur « production » et le secteur « autres services collectifs et personnels ». Étant donné que le secteur « production », avec une moyenne des salaires de Fr. 4'853.- pour 40 h./sem., présente une rémunération plus élevée que le salaire théorique de l'assuré sans invalidité, l'Office décide de ne pas tenir compte de cette référence. Il calcule ainsi le salaire avec invalidité uniquement sur la base de la moyenne des salaires dans le secteur « autres services collectifs et personnels » qui présente un revenu moyen de Fr. 4'181.- pour 40 h./sem. et de Fr. 4'358.69 pour 41.7 h./sem. (temps de travail selon l'Office fédéral de la statistique). Ce dernier montant est ensuite réduit de 10% ( $4'358.69 - 435.869 = 3'922.82$ ), afin de tenir compte des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier.

Partant, l'office compare un salaire mensuel sans invalidité de Fr. 4'893.92 à un salaire avec invalidité de Fr. 3'922.82. Le calcul de la perte de gain est le suivant:  $[(4'893.92 - 3'922.82) \times 100] : 4'893.92 = 19.84\%$ .

#### **E.**

Par projet de décision du 16 février 2007 (pce 46), l'OAIE informe l'intéressé qu'il existe selon lui une incapacité de travail dans la dernière activité lucrative exercée par l'assuré mais que par contre une activité de substitution plus légère, mieux adaptée à son état de santé comme par exemple concierge, gardien d'immeuble ou de chantier, surveillant de parking ou de musée, magasinier, responsable de la gestion de stock est exigible dans une mesure suffisante pour exclure le droit à une rente. Il s'ensuit qu'il n'y a pas d'invalidité au sens de la législation suisse en matière d'assurance-invalidité, de sorte que la demande de l'assuré doit être rejetée.

#### **F.**

Par acte daté du 1<sup>er</sup> mars 2007 (pce 47), l'assuré fait part de son étonnement et désaccord quant au projet de rejet. Il souligne que ses problèmes cardiaques sont graves et que les médecins et cardiologues français l'ont reconnu pour cette raison invalide. Il fait ainsi valoir un droit à recevoir des prestations de l'assurance-invalidité en Suisse.

#### **G.**

Par décision du 28 mars 2007 (pce 48), l'OAIE souligne que les décisions de la sécurité sociale française ne lient pas l'assurance-

invalidité suisse. Constatant que les observations du recourant ne sont pas de nature à modifier le bien-fondé de son projet de décision du 16 février 2007, il rejette la demande de prestation de l'assuré.

#### **H.**

Par acte du 18 avril 2007 (pce TAF 1), l'intéressé interjette recours auprès du Tribunal administratif fédéral contre la décision précitée concluant à un droit de recevoir des prestations de l'assurance-invalidité. Il relève que la sécurité sociale française lui a reconnu le statut d'invalidé, 2<sup>ème</sup> catégorie, de sorte qu'il n'a plus le droit de travailler. Il allègue ne pas pouvoir accomplir une activité de substitution, étant donné que le port de charges lui est strictement interdit et que, vu les affections dont il souffre, il semble exclu qu'un employeur soit prêt à l'engager. Il joint à son recours notamment la documentation suivante:

- un rapport médical du 20 octobre 2004 établi au Centre Hospitalier B.\_\_\_\_\_ (pce TAF 1 p. 4 s [déjà au dossier, pce 19]),
- une décision du 1<sup>er</sup> mars 2006 de la sécurité sociale française mettant l'intéressé au bénéfice d'une rente d'invalidé, 2<sup>ème</sup> catégorie (pce TAF 1 p. 7),
- une note explicative de la sécurité sociale française indiquant que les invalides classés en 2<sup>ème</sup> catégorie sont considérés comme incapables d'exercer une profession quelconque (pce TAF 1 p. 8),
- une attestation de pension d'invalidité de la sécurité sociale française (pce TAF 1 p. 9),
- cinq certificats de travail portant sur les activités lucratives exercées par le recourant en Suisse (pce TAF 1 p. 12-15).

#### **I.**

L'autorité inférieure, dans sa réponse au recours du 25 juin 2007 (pce TAF 4), relève que son service médical a examiné l'ensemble du dossier et a conclu que l'ancienne activité d'ouvrier de l'assuré n'est plus exigible dans la mesure où celle-ci serait lourde mais qu'une activité de substitution plus légère, sans effort soutenu, peut, du point de vue médicale, être exigée de l'intéressé à 100%. En effet, l'assuré

présente une évolution favorable sur le plan cardiaque, ce que les testes d'effort et une fraction d'éjection normale confirment. Sur ces bases, une comparaison des revenus avec et sans invalidité montre que le recourant présente une incapacité de travail de 20%, ce qui n'est pas suffisant pour faire naître un droit à une rente selon le droit suisse. Pour ces motifs, l'OAIE propose le rejet du recours et la confirmation de la décision attaquée.

**J.**

Par décision incidente du 29 juin 2007 (pce TAF 5), le Tribunal de céans notifie les observations de l'autorité inférieure au recourant et invite ce dernier à répliquer ainsi qu'à verser une avance sur les frais présumés de procédure de Fr. 400.-. Par courrier du 6 août 2007 (pce TAF 7), le recourant répond qu'il maintient ses conclusions et qu'il n'est pas en mesure de payer l'avance de frais requise. Après avoir prié l'intéressé de remplir le formulaire « Demande d'assistance judiciaire » par ordonnance du 10 août 2007 (pce TAF 8), le Tribunal de céans dispense le recourant de payer les frais de procédure par décision incidente du 14 septembre 2007 (pce TAF 11).

**K.**

Invité à se prononcer sur la réplique du recourant, l'OAIE, par duplique du 18 septembre 2007 (pces TAF 13), retient que les remarques de l'assuré n'apportent pas d'éléments nouveaux ou pertinents et réitère ses conclusions.

**L.**

Par ordonnance du 25 septembre 2007 (pce TAF 14), le Tribunal administratif fédéral porte la duplique de l'autorité inférieure à la connaissance du recourant et signale que, en principe, l'échange d'écriture est clos.

**M.**

Par courrier du 2 octobre 2007, l'assuré demande au Tribunal de céans des informations quant à la suite de la procédure, notamment quant à la question de savoir s'il sera appelé à comparaître devant le Tribunal administratif fédéral ou s'il devra intervenir par écrit (pce TAF 15). Ce courrier étant resté sans réponse, l'intéressé, par acte du 10 mars 2008 (pce TAF 16), réitère sa demande d'information. Dans sa lettre du 14 mars 2008 (pce TAF 17), le Tribunal administratif fédéral répond que le juge d'instruction en charge du dossier a signalé la fin de l'échange d'écriture par ordonnance du 25 septembre 2007. Par

ailleurs, il informe le recourant que les cas pendants sont jugés selon l'ordre chronologique de leur entrée et en fonction de la date de la clôture de l'instruction.

## **Droit :**

### **1.**

**1.1** Sous réserve des exceptions – non réalisées en l'espèce – prévues à l'art. 32 de la loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal administratif fédéral (LTAF, RS 173.32), le Tribunal de céans, en vertu de l'art. 31 LTAF en relation avec l'art. 33 let. d LTAF et l'art. 69 al. 1 let. b de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI, RS 831.20), connaît des recours interjetés par les personnes résidant à l'étranger contre les décisions concernant l'octroi de rente d'invalidité prises par l'Office AI pour les assurés résidant à l'étranger (OAIE).

**1.2** Conformément à l'art. 3 let. d<sup>bis</sup> PA, la procédure en matière d'assurances sociales n'est pas régie par la PA dans la mesure où la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA, RS 830.1) est applicable. En application de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1a à 26<sup>bis</sup> et 28 à 70), à moins que la LAI ne déroge à la LPGA.

**1.3** Selon l'art. 59 LPGA, quiconque est touché par la décision ou la décision sur opposition et a un intérêt digne d'être protégé à ce qu'elle soit annulée ou modifiée a qualité pour recourir. Ces conditions sont remplies en l'espèce.

**1.4** Déposé en temps utile et dans les formes requises par la loi (art. 60 LPGA et 52 PA), le recours est recevable.

### **2.**

**2.1** L'accord entre la Suisse et la Communauté européenne et ses Etats membres sur la libre circulation des personnes du 21 juin 1999 (ALCP, RS 0.142.112.681) est entré en vigueur le 1<sup>er</sup> juin 2002. A cette date sont également entrés en vigueur son annexe II qui règle la coordination des systèmes de sécurité sociale, le règlement (CEE) n° 1408/71 du Conseil du 14 juin 1971 relatif à l'application des régimes de sécurité sociale aux travailleurs salariés, aux travailleurs non

salariés et aux membres de leur famille qui se déplacent à l'intérieur de la Communauté (RS 0.831.109.268.1), s'appliquant à toutes les rentes dont le droit prend naissance au 1<sup>er</sup> juin 2002 et ultérieurement et se substituant à toute convention de sécurité sociale liant deux ou plusieurs Etats (art. 6 du règlement), et enfin le règlement (CEE) n° 574/72 du Conseil du 21 mars 1972 relatif à l'application du règlement (CEE) n° 1408/71 (RS 0.831.109.268.11). Selon l'art. 3 du règlement (CEE) n° 1408/71 les ressortissants des Etats membres de la Communauté européenne et les ressortissants suisses bénéficient de l'égalité de traitement. Selon l'art. 20 ALCP, sauf disposition contraire découlant de l'annexe II, les accords de sécurité sociale bilatéraux entre la Suisse et les Etats membres de la Communauté européenne sont suspendus dès l'entrée en vigueur du présent accord, dans la mesure où la même matière est régie par le présent accord. Dans la mesure où l'accord, en particulier son annexe II qui régit la coordination des systèmes d'assurances sociales (art. 8 ALCP) ne prévoit pas de disposition contraire, l'organisation de la procédure de même que l'examen des conditions à l'octroi d'une rente d'invalidité suisse ressortissent au droit interne suisse.

**2.2** L'art. 80a LAI rend expressément applicables dans la présente cause, s'agissant d'un ressortissant de l'Union européenne, l'ALCP et les règlements (CEE) n° 1408/71 du Conseil du 14 juin 1971 et (CEE) n° 574/72 du Conseil du 21 mars 1972 relativement à l'application du règlement (CEE) n° 1408/71.

**2.3** De jurisprudence constante l'octroi d'une rente étrangère d'invalidité ne préjuge pas l'appréciation de l'invalidité selon la loi suisse (arrêt du Tribunal fédéral I 435/02 du 4 février 2003 consid. 2; Revue à l'intention des caisses de compensations [RCC] 1989 p. 330). Même après l'entrée en vigueur de l'ALCP, le degré d'invalidité d'un assuré qui prétend une rente de l'assurance-invalidité suisse est déterminé exclusivement d'après le droit suisse (ATF 130 V 253 consid. 2.4).

### **3.**

**3.1** Selon l'art. 2 LPGa, les dispositions de ladite loi sont applicables aux assurances sociales régies par la législation fédérale si et dans la mesure où les lois spéciales sur les assurances sociales le prévoient.

**3.2** L'examen du droit à des prestations selon la LAI est régi par la teneur de la LAI au moment de la décision litigieuse eu égard au

principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 445 consid. 1.2 et les références). La présente procédure est ainsi régie par la teneur de la LAI modifiée par la novelle du 21 mars 2003 (4<sup>ème</sup> révision). Les dispositions de la 5<sup>ème</sup> révision entrées en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2008 ne sont pas applicables.

**3.3** Le recourant a présenté sa demande de rente le 27 juillet 2005. En dérogation à l'art. 24 LPGA, l'art. 48 al. 2 LAI prévoit que si l'assuré présente sa demande de rente plus de douze mois après la naissance du droit, les prestations ne sont allouées que pour les douze mois précédant le dépôt de la demande. Concrètement le Tribunal peut se limiter à examiner si le recourant avait droit à une rente le 27 juillet 2005 (12 mois avant le dépôt de la demande) ou si le droit à une rente était né entre cette date et le 28 mars 2007, date de la décision attaquée marquant la limite dans le temps du pouvoir d'examen de l'autorité de recours (ATF 129 V 1 consid. 1.2 et ATF 121 V 362 consid. 1b).

#### **4.**

Selon les normes applicables, tout requérant, pour avoir droit à une rente de l'assurance-invalidité suisse, doit remplir cumulativement les conditions suivantes:

- être invalide au sens de la LPGA et de la LAI (art. 8 LPGA, 4, 28, 29 al. 1 LAI);
- compter une année entière au moins de cotisations (art. 36 al. 1 LAI).

Le recourant a versé des cotisations à l'AVS/AI pendant plus d'une année au total (pce 5) et remplit donc la condition de la durée minimale de cotisations. Il reste à examiner s'il est invalide.

#### **5.**

**5.1** L'invalidité au sens de la LPGA et de la LAI est l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, qui peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibri-

bré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles.

**5.2** Aux termes de l'art. 28 al. 1 LAI l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, à trois quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins. Les rentes correspondant à un degré d'invalidité inférieur à 50% ne sont versées qu'aux assurés qui ont leur domicile et leur résidence habituelle en Suisse (art. 28 al. 1<sup>er</sup> LAI). Toutefois, depuis l'entrée en vigueur des accords sur la libre circulation des personnes, les ressortissants de l'Union européenne qui présentent un degré d'invalidité de 40% au moins, ont droit à un quart de rente en application de l'art. 28 al. 1 LAI à partir du 1<sup>er</sup> juin 2002 s'ils ont leur domicile et leur résidence habituelle dans un Etat membre de l'UE.

**5.3** Conformément à l'art. 29 al. 1 LAI, le droit à une rente naît dès que l'assuré, *in casu* ressortissant de l'Union européenne, présente une incapacité durable de 40% au moins ou dès qu'il a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40% au moins pendant une année sans interruption notable (lettre b; voir ATF 121 V 264 consid. 6). D'après la jurisprudence constante du Tribunal fédéral, la lettre a s'applique si l'état de santé de l'assuré est stabilisé et a acquis un caractère essentiellement irréversible, la lettre b si l'état de santé est labile, c'est-à-dire susceptible d'une amélioration ou d'une aggravation (ATF 111 V 21 consid. 2).

**5.4** Une incapacité de travail de 20% doit être prise en compte pour le calcul de l'incapacité de travail moyenne selon l'art. 29 al. 1 let. b LAI (cf. chiffre marginal 2020 de la Circulaire concernant l'invalidité et l'impotence dans sa version en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007; Jurisprudence et pratique administrative des autorités d'exécution de l'AVS/AI [Pratique VSI] 1998 p. 126 consid. 3c).

## **6.**

**6.1** Le taux d'invalidité d'une personne exerçant une activité lucrative est fixé d'après la comparaison des revenus prévue par l'art. 16 LPGA, c'est-à-dire essentiellement selon des considérations économiques. Ainsi le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut

raisonnablement être exigé de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré. Le Tribunal fédéral a précisé qu'il n'y pas lieu de poser des exigences excessives quant aux possibilités des assurés de trouver un emploi correspondant aux activités de substitution proposées. Il suffit qu'une telle place de travail n'apparaisse pas à toute évidence comme exclue (arrêts du tribunal fédéral 9C\_446/2008 du 18 septembre 2008 et 9C\_236/2008 du 4 août 2008).

**6.2** Aux termes des art. 8 LPGa et 4 al. 1 LAI, l'objet assuré n'est pas l'atteinte à la santé physique, mais les conséquences économiques de celles-ci, à savoir une incapacité de gain probablement permanente ou de longue durée. Ainsi le taux d'invalidité ne se confond pas nécessairement avec le taux d'incapacité fonctionnelle déterminé par le médecin; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4). Le Tribunal fédéral a néanmoins jugé que les données fournies par les médecins constituent un élément utile pour déterminer quels travaux peuvent encore être exigés de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4, ATF 115 V 133 consid. 2, ATF 114 V 310 consid. 3c, ATF 105 V 156 consid. 1; RCC 1991 p. 331 consid. 1c).

## 7.

**7.1** Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (art. 43 LPGa), l'administration est tenue de prendre d'office les mesures d'instruction nécessaires et de recueillir les renseignements dont elle a besoin. En particulier, elle doit mettre en oeuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a).

Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves; UELI KIESER, ATSG-Kommentar, 2<sup>ème</sup> édition, Zurich 2009, art. 42 n° 19 p. 536; ATF 122 II 469 consid. 4a). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst (Sozialversicherungsrecht [SVR] 2001 IV n° 10 p. 28).

**7.2** En vertu des art. 12 et 13 PA et de l'art. 19 PA en relation avec l'art. 40 de la loi fédérale de procédure civile fédérale du 4 décembre 1947 (PCF, RS 273), le tribunal établit avec la collaboration des parties les faits déterminants pour la solution du litige ; il administre les preuves nécessaires et les apprécie librement. Selon la jurisprudence, le juge qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'administration pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'administration, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire. Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît en général disproportionné dans le cas particulier. A l'inverse, le renvoi à l'administration apparaît en général justifié si celle-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (arrêt du Tribunal fédéral 9C 162/2007 du 3 avril 2008 consid. 2.3. et références citées).

## **8.**

**8.1** Le juge des assurances sociales doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle que soit leur provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Avant de conférer pleine valeur probante à un rapport médical, il s'assurera que les points litigieux ont fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prend également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont claires et enfin que les conclusions de l'expert sont dûment motivées (ATF 125 V 352 consid. 3a et les références).

**8.2** La jurisprudence a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertise ou de rapports médicaux. Ainsi, le juge ne s'écarte en principe pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'ex-

pert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa; 118 V 286 consid. 1b et les références). Au sujet des rapports établis par les médecins traitant, le juge peut et doit tenir compte du fait que selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références). Cette constatation s'applique de même aux médecins non traitant consultés par un patient en vue d'obtenir un moyen de preuve à l'appui de sa requête. Toutefois le simple fait qu'un certificat médical est établi à la demande d'une partie et est produit pendant la procédure ne justifie pas en soi des doutes quant à sa valeur probante (ATF 125 V 351 consid. 3b/dd et les références citées). Quant aux documents produits par le service médical d'un assureur étant partie au procès, le Tribunal fédéral n'exclut pas que l'assureur ou le juge des assurances sociales statuent en grande partie, voire exclusivement sur la base de ceux-ci. Dans de telles constellations, il convient toutefois de poser des exigences sévères à l'appréciation des preuves. Une instruction complémentaire sera ainsi requise, s'il subsiste des doutes, même minimes, quant au bien-fondé des rapports et expertises médicaux versés au dossier par l'assureur (ATF 122 V 157, 162 consid. 1d; ATF 123 V 175, 176 s consid. 3d; ATF 125 V 351, 353 s consid. 3b ee; cf. aussi arrêts du Tribunal fédéral I 143/07 du 14 septembre 2007 consid. 3.3 et 9C\_55/2008 du 26 mai 2008 consid. 4.2 avec références, concernant les cas où le service médical n'examine pas l'assuré mais se limite à apprécier la documentation médicale déjà versée au dossier). Le simple fait qu'un avis médical divergent – même émanant d'un spécialiste – ait été produit ne suffit toutefois pas à lui seul à remettre en cause la valeur probante d'un rapport médical (arrêt du Tribunal fédéral U 365/06 du 26 janvier 2007 consid. 4.1).

## **9.**

**9.1** Il appert notamment du rapport E 213 du 11 janvier 2006 que le recourant souffre de cardiopathie ischémique chronique (pce 38 p. 8). Il s'agit d'un status labile. Or, à défaut d'un état de santé stabilisé, la lettre a de l'art. 29 al. 1 LAI est inapplicable; seule peut entrer en considération la lettre b de cette disposition légale prévoyant une période d'attente d'une année à partir du début de l'incapacité de travail relevante pour la détermination du début du droit à la rente.

## **9.2** Il convient ensuite d'examiner la capacité de travail de l'assuré.

**9.2.1** La Dresse D.\_\_\_\_\_, dans son rapport médical E 213 du 11 janvier 2006, retient que l'assuré ne peut certes plus accomplir la profession exercée jusqu'alors mais qu'une activité de substitution adaptée peut être exigée de lui à temps partiel. Elle ne se prononce toutefois pas sur la durée maximale du travail (en heures ou en pourcentage de la durée journalière normale), tel que demandé au chiffre 11.6 du formulaire E 213. Par ailleurs, elle souligne que seuls des travaux sédentaires légers entrent en ligne de compte (pce 38 p. 8 et 10). De plus, l'activité de substitution est seulement possible à l'intérieur, sans contrainte de temps et moyennant des pauses supplémentaires. L'employeur doit également éviter que l'intéressé soit exposé à l'humidité, à la chaleur, à des émanations de gaz ou de vapeur, au froid et au bruit. Le travail posté, les flexions répétées, le port et le levage de charges, l'emploi d'escaliers ou d'échelles, le travail nocturne sont à proscrire (pce 38 p. 9). Cette appréciation n'est pas entièrement suivie par le Dr E.\_\_\_\_\_, médecin de l'autorité inférieure, qui, dans sa prise de position du 3 janvier 2007, souligne qu'un travail de substitution mi-lourd peut être exigé de l'assuré à plein temps. Il met en exergue que l'opération subie par l'intéressé en octobre 2004 a donné de très bons résultats, ce qui est confirmé par la dernière coronarographie effectuée sur l'assuré le 30 septembre 2005, soit une année après l'angioplastie, et une fraction d'éjection tout à fait normale (pce 40 p. 2).

**9.2.2** Face à ces prises de position divergentes, le Tribunal de céans constate que le rapport médical détaillé de la Dresse D.\_\_\_\_\_ se réfère en détails aux derniers examens effectués sur le recourant et souligne expressément que la dernière coronarographie du 30 septembre 2005 fait part de l'absence de lésion coronaire significative et d'une fraction d'éjection globale à 63% (pce 38 p. 6). Malgré ces résultats, la Dresse D.\_\_\_\_\_ conclut à une capacité de travail de l'assuré limitée (pce 38 p. 9). L'autorité inférieure remet en cause cette appréciation uniquement sur la base de l'avis divergent du Dr. E.\_\_\_\_\_, médecin généraliste de son service médical (pce 40 p. 2). S'il est vrai que les documents émanant du service médical d'un assureur ont en principe pleine valeur probante, le Tribunal fédéral a toutefois posé des exigences sévères à l'appréciation des preuves. Un doute, même minime, suffit à rendre une instruction complémentaire nécessaire (cf. 8.2). Tel est le cas en l'espèce. En effet, vu les avis

divergents de la Dresse D.\_\_\_\_\_ et du Dr E.\_\_\_\_\_, un doute subsiste quant à la capacité de travail du recourant et il apparaît nécessaire de compléter la documentation médicale à ce sujet. Il sied en particulier de relever que l'appréciation du Dr E.\_\_\_\_\_ n'est pas suffisamment motivée et semble de surcroît être imprécise, notamment pour ce qui à trait aux conséquences sur la capacité de travail d'une cardiopathie ischémique chronique même en l'absence de lésion coronaire significative. Par ailleurs, on remarquera que l'assuré a été victime d'épisodes de douleurs thoraciques suspectes et prolongées en 2005, quand bien même il ne travaillait plus à ce moment-là (cf. pces 33 et 37) et que les médecins qui on pu examiner le recourant en France ne se sont pas exprimés sur la question de la capacité de travail du recourant et encore moins sur une éventuelle capacité de travail totale dans une activité de substitution.

**9.3** Il se justifie dès lors, en application de l'art. 61 PA, de renvoyer la cause à l'OAIE pour instruction complémentaire comprenant toutes les expertises nécessaires à un jugement valable de la présente affaire. L'autorité inférieure veillera notamment à ce que soit produit un rapport médical actualisé sur l'état de santé du recourant avec prise de position circonstanciée par un cardiologue sur la capacité de travail de l'intéressé. L'ensemble du dossier sera par la suite soumis au service médical de l'OAIE pour examen. Enfin, une nouvelle décision sera prise.

## **10.**

Indépendamment de l'issue de la procédure, il n'est pas perçu de frais de procédure, étant donné que le Tribunal de céans a admis la demande d'assistance judiciaire partielle et dispensé le recourant du paiement des frais de procédure par ordonnance du 14 septembre 2007 (pce TAF 11).

## **11.**

Le recourant ayant agi sans avoir recours à un représentant et n'ayant pas démontré avoir eu à supporter des frais indispensables et relativement élevés, il ne lui est pas allouée une indemnité à titre de dépens (art. 64 al. 1 PA et art. 7 ss du règlement du 21 février 2008 concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral [FITAF, RS 173.320.2]).

(dispositif à la page suivante)

**Par ces motifs, le Tribunal administratif fédéral prononce :**

**1.**

Le recours est partiellement admis en ce sens que la décision du 28 mars 2007 est annulée et la cause renvoyée à l'autorité inférieure pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision.

**2.**

Il n'est pas perçu de frais de procédure.

**3.**

Il n'est pas alloué de dépens

**4.**

Le présent arrêt est adressé :

- au recourant (Recommandé)
- à l'autorité inférieure (n° de réf. ; Recommandé)
- à l'Office fédéral des assurances sociales.

L'indication des voies de droit se trouve à la page suivante.

Le président du collège :

Le greffier :

Vito Valenti

Yannick Antoniazza-Hafner

**Indication des voies de droit :**

La présente décision peut être attaquée devant le Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne, par la voie du recours en matière de droit public, dans les trente jours qui suivent la notification (art. 82 ss, 90 ss et 100 en relation avec les art. 44 ss de la loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral [LTF, RS 173.110]). Le mémoire doit indiquer les conclusions, les motifs et les moyens de preuve, et être signé. La décision attaquée et les moyens de preuve doivent être joints au mémoire, pour autant qu'ils soient en mains de la partie recourante (voir art. 42 LTF).

Expédition :